# ITEM 253 : OBÉSITÉ

**Obésité** = **surcharge pondérale par excès de tissu adipeux** (masse grasse) : 17% des adultes, 3,5% des enfants
- Incidence en augmentation, sex ratio = 1, touche surtout les régions du Nord et de l'Est en France
➝ Masse grasse normale : **10 à 15%** du poids corporel chez l'homme, **20 à 25%** chez la femme

| | | |
|---|---|---|
| *Diagnostic* | **IMC** | - **Surpoids** : IMC > 25<br>- **Obésité modérée (grade 1)** : IMC > 30<br>- **Obésité sévère (grade 2)** : IMC > 35<br>- **Obésité massive = morbide (grade 3)** : IMC > 40 |
| | Tour de taille | = Mesuré au mètre-ruban, à mi-distance entre le rebord costal inférieur et l'EIAS sur la ligne médio-axillaire<br>- Corrélé à la quantité de **graisse intra-abdominale** (viscérale), de peu d'intérêt si IMC > 35<br>- Seuil (risque métabolique et cardiovasculaire) :<br>  - Niveau 1 : ≥ 80 cm chez la femme, ≥ 94 cm chez l'homme<br>  - Niveau 2 : ≥ 88 cm chez la femme, ≥ 102 cm chez l'homme |
| | **Obésité androïde** | = Distribution sur la partie haute du corps : surtout homme et femme ménopausée<br>- **Rapport tour de taille (TT)/tour de hanche (TH) > 0,8** chez la femme ou **> 0,95** chez l'homme<br>- Tour de taille ≥ 80 cm chez la femme ou ≥ 94 cm chez l'homme<br>➝ Associé principalement aux **complications métaboliques** et **cardiovasculaires** |
| | **Obésité gynoïde** | = Distribution sur la partie basse du corps : surtout femme non ménopausée<br>- **Rapport TT/TH** < 0,8 chez la femme ou < 0,95 chez l'homme<br>➝ Associée principalement aux **complications mécaniques** |
| | **Autres** | **Obésité sarcopénique** : défaut de masse musculaire (sujet âgé) |
| | | **Obésité métaboliquement saine** : pas de surrisque métabolique (20%) |
| *Evaluation* | Contexte | - **Histoire pondérale** : âge de début de la prise excessive de poids, poids minimal/maximal, variations pondérales récentes, régimes<br>- **Circonstances** : modification du statut hormonal (puberté, grossesse, ménopause), choc émotionnel, changement d'environnement familial ou professionnel, sevrage tabagique, arrêt du sport, médicaments (antidépresseur tricyclique, neuroleptique, lithium, corticoïdes, insuline, oestroprogestatifs)<br>- Antécédents familiaux **d'obésité, de pathologies cardiovasculaires**<br>- Antécédents personnels **de troubles psychologiques**, de prise de **traitements** favorisants la prise de poids, d'un **handicap moteur ou mental** favorisant la prise de poids, **chirurgie hypothalamo-hypophysaire**, **hypothyroidie profonde** |
| | Comportement alimentaire | - **Hyperphagie prandiale** : **arrêt des repas au-delà du rassasiement** (sensation de tension ou douleur de l'estomac)<br>- **Tachyphagie** : durée moyenne des repas raccourcie, vitesse d'ingestion auto-évaluée<br>- **Prise extra-prandiale** :<br>  - **Grignotage** : consommation de petites quantités pour le plaisir<br>  - **Compulsion** (***craving***) : envie irrépressible de manger sans perte de contrôle<br>  - **Accès boulimique** (***binge eating***) : envie irrépressible avec perte de contrôle<br>  - **Boulimie** : accès boulimique avec conduites purgatives (vomissements, laxatifs, diurétiques…)<br>- **Restriction cognitive** : limitation volontaire des apports alimentaires dans un but de contrôle du poids, prise paradoxale de poids sur le long terme |
| | Consommation alimentaire | - Circonstance des prises alimentaires : seul ou accompagné…<br>- Répartition et rythme des prises alimentaires (nombre de repas et horaires)<br>- Volume ingéré lors du plat principal<br>- Profil de consommation :<br>  - **Forte consommation d'aliments à densité énergétique élevée** (fromage, viande grasse, fritures, biscuits…)<br>  - **Forte consommation de matières grasses ajoutées**<br>  - **Forte consommation de sucres simples** (sucre, miel, confiture, soda) ou **pain**<br>  - Boissons consommées : sucrées, « excitantes » : café/thé/énergisantes<br>- **Carnet alimentaire** si besoin |
| | Autres | - Niveau d'**activité physique** et de **sédentarité**<br>- **Evaluation psychologique** : stress, anxiété, humeur dépressive, estime de soi, images du corps<br>- Evaluation de la **situation sociale**, familiale, professionnelle, éducative et financière<br>- **Motivation**<br>- Recherche de causes d'obésité secondaire (rare) et des complications |

| | | |
|---|---|---|
| *Evaluation* | Bilan minimal | = Systématique : **glycémie à jeun, bilan lipidique, uricémie, GGT, transaminases, NFS, ionogramme, créatinine, ECG de repos** |
| | Selon le contexte | - Complications : **ECG d'effort, ETT, polygraphie nocturne, EFR, GDS, échographie abdominale, Rx articulations douloureuses**<br>- Etiologie : **TSH, CLU/24h, freinage minute à la dexaméthasone, IRM hypophysaire, génétique**… |
| *Obésité secondaire* | Prise de poids | - **Apport calorique augmenté** : nourriture bon marché, énergétiquement dense, augmentation de la taille des portions<br>- **Sédentarité** : diminution activité physique, temps d'écran, temps assis<br>- Iatrogènes : certains antipsychotiques atypiques, anti-épileptiques, régulateurs de l'humeur, glucocorticoïdes<br>- Facteurs favorisants la prise de poids :<br>. Arrêt du tabac non accompagné de mesure adaptées, consommation d'alcool<br>. Facteurs génétiques avec antécédents familiaux d'obésité, antécédents personnels d'obésité dans l'enfance<br>. Grossesse, ménopause<br>. TCA<br>. Troubles anxiodépressifs<br>. Stress au travail, travail posté<br>. Diminution temps de sommeil |
| | Cause endocrinienne | - **Hypothyroïdie** : prise de poids généralement modérée<br>- **Hypercorticisme** : obésité facio-tronculaire, amyotrophie, vergetures pourpres<br>➔ Des vergetures rosées sont fréquentes chez les patients ayant des variations de poids rapides<br>- **Tumeur hypophysaire** : syndrome tumoral, insuffisance antéhypophysaire, hypersécrétion… |
| | Cause syndromique | = Obésité précoce, syndrome malformatif, dysmorphie, petite taille, déficience intellectuelle<br>- **Syndrome de Prader-Willi, syndrome de Bardet-Biedl, syndrome de Laurence-Moon** |
| | Cause monogénique | = Obésité précoce et sévère, transmission autosomique récessive ou dominante, histoire familiale<br>- **Déficit en leptine, déficit en MC4R**… |
| | Iatrogène | - **Psychotrope : lithium, antidépresseur tricyclique, neuroleptique**<br>- **Corticoïdes**<br>- **Oestroprogestatifs**<br>- **Androgènes**<br>- **Insuline, sulfamide, glinide** |
| *Complications* | Métabolique | - **Diabète de type 2**<br>- **Syndrome métabolique** : **dyslipidémie** (surtout de type IV ou IIb), **hyperuricémie** |
| | Cardio-vasculaire | - **HTA**<br>- Maladie cardiovasculaire **: insuffisance coronarienne, infarctus du myocarde, AVC**<br>- **Insuffisance cardiaque gauche/droite** (HTA, insuffisance coronarienne, cœur pulmonaire chronique)<br>- **Maladie thrombo-embolique veineuse** : TVP, EP |
| | Respiratoire | - **Syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS)**<br>- **Insuffisance respiratoire restrictive**<br>- **Syndrome d'obésité hypoventilation alvéolaire (= Syndrome de Pickwick)**<br>- **Asthme** |
| | Opératoire | - **Morbi-mortalité per- et post-opératoire plus élevée**<br>- **Complications du décubitus** plus fréquentes |
| | Digestive | - **Reflux gastro-œsophagien** (par béance cardiale)<br>- **Lithiase biliaire**<br>- **Stéatose hépatique,** pouvant évoluer vers la **stéatohépatite non alcoolique** (15-20%), la **cirrhose** (1-2%), plus rarement un **carcinome hépatocellulaire** |
| | Rénale | - **Glomérulopathie** avec **protéinurie, hyalinose segmentaire et focale** pouvant évoluer vers **l'IRC** |
| | Ostéo-articulaire | - **Gonarthrose fémoro-tibiale** et **fémoro-patellaire**<br>- **Coxarthrose**<br>- **Lombalgies communes**<br>- **Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Complications* | Cutanée | | - **Intertrigos mycosiques** (plis sous-mammaires, inguinaux…)<br>- **Lymphœdème**<br>- **Insuffisance veineuse** |
| | Gynécologique | | - **Incontinence urinaire d'effort**<br>- **Trouble de la fertilité**<br>- Risque de **fausse couche** plus élevée<br>- Morbi-mortalité lors de la grossesse plus élevée **: diabète gestationnel, HTA gravidique…** |
| | Neuro | | - **Hypertension intracrânienne idiopathique** ou **bénigne** |
| | Cancer | | - ↗ Incidence et mortalité : **cancer du sein, de l'endomètre, de l'ovaire, du rein, de la vessie, du pancréas, de l'œsophage, de l'estomac, du foie, colorectal** et **de la vésicule biliaire, de la prostate** |
| | Psycho-sociale | | - **Dépression**<br>- **Discrimination sociale**<br>- **Diminution de la qualité de vie** |
| *TTT* | Objectif | | = Réduction et maintien au long terme d'une perte de poids pour améliorer la qualité de vie<br>- Objectif = **perte de 5 à 15% du poids maximal sur une durée de 6 à 12 mois,** progressive et durable<br>➞ Amélioration significative des complications pour une perte de poids de 5-10% |
| | Modification thérapeutique du mode de vie | **Conseil alimentaire** | - Réduction relative des apports énergétiques totaux (sans descendre en-dessous de la DER) ➞ régime hypocalorique ↘ de **30%** maximum, toujours **> 1200 kcal/j**<br>- Supprimer les aliments à forte densité énergétique et favoriser ceux à faible densité énergétique<br>- Sans interdit alimentaire, respectant le rythme alimentaire<br>- Insister sur l'allongement des temps de mastication et ingestion (20 minutes/repas)<br>➞ Un régime trop restrictif et déséquilibré est à risque d'abandon et dénutrition |
| | | **Activité physique** | = Maintien de la perte de poids après amaigrissement, préservation de la masse maigre, prévention des complications métaboliques, respiratoires et cardiovasculaires<br>- Pratique régulière, adapté au patient, mise en place progressivement<br>- Objectif minimal : 150 min/semaine **d'activité d'intensité modérée**<br>- Objectif idéal : **1h/jour d'activité physique d'intensité modérée > 5 fois/semaine**<br>- Objectif de l'OMS : **10 000** pas/J |
| | Prise en charge psychologique | | - **Thérapie cognitivo-comportementale**<br>- **Travail motivationnel**<br>- **Gestion des troubles du comportement alimentaire** par la gestion des émotions et du stress<br>- **Renforcement de l'estime de soi et de l'image du corps** |
| | Traitement médicale | **Orlistat**<br>Xenical®<br>Alli® | = **Inhibiteur des lipases intestinales** (↘ absorption de graisses de 30%) : non remboursé, non recommandé par la HAS<br>- Indication : IMC ≥ 30, voire IMC ≥ 27 si FdRCV<br>- Efficacité seulement démontrée sur le court terme (15% de perte de poids)<br>- Effets secondaires : **stéatorrhée, interactions médicamenteuses** |
| | | | - **Traitement psychotrope** adapté (TCA, dépression, anxiété…) : **antidépresseur, anxiolytique**<br>- Traitement des complications : **antihypertenseur, hypolipémiant, antidiabétique, insuline**… |
| | Recours au médecin spécialiste | | - Obésité sévère ou massive<br>- Obésité résistance aux modifications thérapeutiques du mode de vie<br>- Obésité syndromique<br>- Prise de poids rapide en lien avec une hyperphagie boulimique |
| | **CHIRURGIE BARIATRIQUE** | | = Modification de l'anatomie digestive : - **Restriction gastrique** : anneau gastrique, *sleeve* gastrectomie<br>± **Malabsorption intestinale** : *by-pass* gastrique<br>- Efficacité : perte de poids attendue = **40 à 75% de l'excès de poids** (par rapport au poids idéal permettant d'atteindre un IMC à 25) sur le long terme soit 20 à 30% du poids<br>➞ Au sein d'une équipe spécialisée, décision à l'issue d'une RCP |
| | | Indication | - Chez un sujet âgé de 18 à 60 ans<br>- **IMC ≥ 40** ou **IMC ≥ 35 avec ≥ 1 comorbidité susceptible d'être améliorée**<br>- Après échec de traitement nutritionnel bien conduit pendant **6 à 12 mois**<br>- En l'absence de perte de poids suffisante ou de maintien de la perte de poids<br>- Après information, évaluation préopératoire et ayant accepté le suivi à vie<br>- Avec un risque opératoire acceptable |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *TTT* | **CHIRURGIE BARIATRIQUE** | Contre-indication | - **Trouble psychiatrique** sévère et non stabilisé<br>- **Alcoolisme** et **toxicomanie**<br>- **Troubles du comportement alimentaire** graves<br>- **Impossibilité de suivi médical, absence de prise en charge médicale préalable**<br>- **Comorbidité** menaçant le pronostic vital<br>- **Contre-indication à l'anesthésie générale**<br>- Pathologie menaçant le **pronostic vital à court et moyen terme** |
| | | Chez l'enfant | - Uniquement réalisée dans des Centres Spécialisés d'Obésité (CSO)<br>- Toutes les interventions sont réalisables à l'exception de la dérivation bilio-pancréatique<br>Indications :<br>- Enfant de **15 à 18 ans** (au cas par cas entre 13 et 15 ans)<br>- Ayant atteint **un stade de croissance osseuse et de maturité suffisante** (Tanner IV)<br>- IMC **> 35 kg/m2** avec au moins 1 parmi : **HTIC idiopathique**, **Stéatose hépatique sévère**, **SAOS sévère**, **Diabète**<br>- IMC **> 40 kg/m2** avec **altération majeure de la qualité de vie**<br>- Ayant une maturité psychologique assurant une compréhension des risques liés à la chirurgie et de son engagement à vie concernant les modifications diététiques et du mode de vie ainsi que le suivit médical régulier |
| | | **Anneau gastrique**<br>Restrictive | = Anneau en silicone placé autour de la partie supérieure de l'estomac, relié à un boitier sous-cutané permettant de modifier son diamètre, réversible<br>- Risque : **glissement** de l'anneau, **dilatation de la poche** (voire **de l'œsophage**), **vomissements** et **intolérance alimentaire** si trop serré**, carence en vitamine B1** si vomissements prolongés, **migration intragastrique**, **RGO**, complications liées au **boitier sous-cutané** (infection) |
| | | **Gastrectomie longitudinale (*sleeve*)**<br>Restrictive | = Extraction des 2/3 de l'estomac<br>- Risque : **ulcération, sténose, fistule, RGO, carence en vitamine B12 et en fer**<br>- **Supplémentation** systématique par vitamine B12 IM tous les 3 mois |
| | | **By-pass gastrique**<br>Restrictive et malabsorptive | = Création d'une petite poche gastrique combinée à une dérivation entre l'estomac et le jéjunum par une anse intestinale montée en Y<br>- Risque : **ulcération, sténose, fistule, hernie interne, *Dumping* syndrome, carences : vitamine B12, fer, calcium, folates**<br>- **Supplémentation à vie** en micronutriments (Fer, Ca + Vit D) et vitamines B9 et B12 |
| | | **Dérivation bilio-pancréatique**<br>Restrictive et malabsorptive | = Consiste à réaliser une gastrectomie longitudinale combinée à une dérivation entre le duodénum et l'iléon par une longue anse intestinale montée en Y<br>- Risque : Même carences que pour le By-pass (Fer, Calcium, Vit B9, Vit B12) mais risque et profondeur de ces dernières plus importantes +++ |